การพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการทำงาน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)โรงพยาบาลสุรินทร์

The Development of Functional Assessment Questionnaire for Stroke Patients, Surin Hospital

แพทย์หญิงพรรณทิพย์ มูลศาสตรสาทร พ.บ.*

Abstract

Back ground : According to stroke patients who admitted and underwent the rehabilitation programs in Surin Hospital for a short period had difficulties in follow up and assessed their progression. This questionnaire therefore developed for assess the functional ability of this patient group.

Objective : To develop the functional assessment questionnaire for stroke patients in Surin Hospital for better reliability.

Study design : This research is prospective descriptive study. The questionnaire which was modified from Barthel Index was designed. It consists of 2 parts, 4 topics about function of paralysed or hemiplegic part and 12 topics about the ability to perform daily - life activity. Each topic was rated into 3 levels. The questionnaire was test to the 30 community-dweller stroke patient samples who underwent the rehabilitation program at department of rehabilitation, Surin Hospital from December 2003 to January 2004. It was assessed 7 times for each sample; by 1 caregiver, 1 physiatrist, 2 physiotherapists and 2 occupational therapists for 210 times totally. Statistic methods used for analysing the data were percentage for general information, IOC for content validity, Pearson's relative coefficient for concurrent validity and inter-rater reliability. A p-value less than .01 was considered as significant result.

Result : The questionnaire was assessed and tested by experts for the content accuracy which the homogenity was 0.62-1.00. The concurrent accuracy had relative coefficient range between 0.70 -0.78 and the confidence between the assessor group had relative coefficient range from 0.74 - 0.88.

Conclusion : This functional assessment questionnaire for stroke patient was accurated in both content and concurrent validity. The questionnaire also provided explicit scoring, appropriate structure and convinience to use.

Keywords : Stroke, Functional assessment questionnaire

*นายแพทย์ 7 กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสุรินทร์

บทคัดย่อ

บทนำ : เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุรินทร์ได้รับการฟื้นฟู สมรรถภาพในระยะเวลาอันสั้นและการติดตามผลการฟื้นฟูทำได้ด้วยความยากลำบาก แบบสอบถามนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อใช้ประเมินความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรงพยาบาลสุรินทร์ ให้มีคุณภาพเชื่อถือได้

วิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยนำแบบประเมินที่ปรับปรุงจาก Barthel Index ซึ่งมีเนื้อหา 2 ส่วนประกอบด้วย ส่วนที่ 1 การทำงานของอวัยวะข้างที่เป็นอัมพาต/อัมพฤกษ์ จำนวน 4 รายการ ส่วนที่ 2 การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันจำนวน12 รายการ การประมาณค่าแบ่งออกเป็น 3 ระดับ มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในชุมชน และมารักษาฟื้นฟูสภาพ ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ระหว่างเดือนธันวาคม 2546 ถึงมกราคม 2547 จำนวน 30 คน วิธีการเก็บข้อมูลจะประเมินผู้ป่วยคนละ 7 ครั้ง รวมการประเมินทั้งสิ้น 210 ครั้ง ผู้ประเมินประกอบด้วยผู้ดูแลและหรือผู้ป่วย, แพทย์ 1 คน, นักกายภาพบำบัด 2 คน และนักกิจกรรมบำบัด 2 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ สำหรับข้อมูลทั่วไปรายงานเป็นค่าร้อยละ ความเที่ยงตรงตามเนื้อหาใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ค่าความเที่ยงตรงตามสภาพและค่าความเชื่อมั่น ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (γ_{XY}) การแปรผลใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ $p < .01$

ผลการศึกษา : คุณภาพของแบบประเมินมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยพิจารณาจากการตัดสินของผู้เชี่ยวชาญได้ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.62-1.00 มีความเที่ยงตรงตามสภาพได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.70 - 0.78 มีความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตั้งแต่ 0.74 - 0.88

สรุป : แบบประเมินนี้มีข้อรายการตรงตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง การให้คะแนนชัดเจน มีรูปแบบเหมาะสม ภาษาชัดเจนเข้าใจง่าย และสะดวกในการนำไปใช้

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา อีกทั้งอัตราการตายและความพิการจากโรคก็มีสูง ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้รอดชีวิตต้องใช้ประมาณปีละ 17.1 พันล้านดอลลาร์ โดยใน 90 วันแรกต้องใช้จ่ายประมาณ 15,000 ถึง 35,000 ดอลลาร์ต่อคน และตลอดชีวิตต้องใช้จ่ายประมาณ 104,000 ดอลลาร์ นอกจากนี้พบว่าประชากรประมาณ 4.5 ล้านคน ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคนี้ และมีผู้ทุพพลภาพเพิ่มขึ้นอีกประมาณปีละ 570,000 คน[1]

สำหรับประเทศไทย จากรายงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2541 - 2544 พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 รองจากโรคหัวใจ, อุบัติเหตุและการเป็นพิษ และมะเร็งทุกชนิด โดยมีผู้เป็นโรคนี้ในอัตรา 68.4 คน ต่อประชากร 100,000 คน[2] และจากรายงานของศาสตราจารย์นายแพทย์นิพนธ์ พวงวรินทร์ พบค่าความชุกของโรค 690 คน ต่อประชากร 100,000 คน[3]

ในส่วนของผู้ทุพพลภาพ จากข้อมูลการจดทะเบียนผู้พิการในปี พ.ศ. 2545 พบว่าโรคนี้เป็นสาเหตุของความพิการเป็นอันดับ 3 รองจากสายตาเลือนราง และหูตึง ในอัตรา ร้อยละ 10.2 จากจำนวนผู้พิการทั้งหมด 1.1 ล้านคน[4]

จากการเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ ในปี พ.ศ. 2546 พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 3 รองจากโรคหัวใจ, อุบัติเหตุและการเป็นพิษ

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลได้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงนโยบายและแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขของประเทศ ส่งผลให้โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ต้องดำเนินการปรับลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลง ประกอบกับต้องพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพสูงขึ้น สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) PCT อายุรกรรมได้จัดตั้งกลุ่มสหสาขาวิชาชีพขึ้น เพื่อจัดทำ CPG และ Care map ขึ้น โดยผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดจะพักอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 3-5 วัน และเข้ารับการฟื้นฟู 1-3 ครั้ง ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดจะพักอยู่ในโรงพยาบาลนานประมาณ 14-17 วัน โดยเข้ารับการฟื้นฟูประมาณ 3-5 ครั้ง การดำเนินการดังกล่าวนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูในระยะเวลาอันสั้น

ในด้านการติดตามผลการฟื้นฟู พบว่ากระทำได้ด้วยความยากลำบากและมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่สามารถติดตามผลการฟื้นฟูได้ เนื่องจากมีการจำกัดเขตการให้การรักษาพยาบาลกล่าวคือ หากผู้ป่วยนอกเขตการให้การรักษาพยาบาล มีความประสงค์จะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ จะต้องใช้ระบบส่งตัว

(Referral System) หรือต้องชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมดด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับมารับการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง

ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบรายงานหลายฉบับ ที่มีหัวข้อเรื่องการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ให้ผลไม่แตกต่างจากการสัมภาษณ์ตัวบุคคล (in-person) ยกเว้นในรายละเอียดบางประการ เช่น จากรายงานของ Aneshensel และคณะ[5] ไม่พบความแตกต่าง ในคำถามที่เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป, ความเจ็บป่วย และระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ความผิดปกติจะพบบ่อยครั้งกว่าเมื่อใช้วิธีการถามกับตัวบุคคลโดยตรง

จากการศึกษาของ Siemiatycki และคณะ[6] พบว่าการตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และการใช้บริการทางการแพทย์มากกว่าการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Henson, Cannell และ Roth[7] ที่พบว่า การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จะได้ข้อมูลปัญหาสุขภาพน้อยกว่าการสัมภาษณ์ตัวบุคคล

แต่จากรายงานของ Miller[8] กลับพบว่าการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์มีข้อมูลการใช้บริการด้านสุขภาพ และ สูญเสียความสามารถได้มากกว่า

De Leeuw และคณะ[9] ได้ทำ Meta-analysis ผลการศึกษาของรายงานจำนวน 25 เรื่อง ซึ่งเปรียบเทียบการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face to face interview) กับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาคณะผู้วิจัยได้เสนอว่าทั้งสองวิธีมีความถูกต้องเหมือนกัน แต่การสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้าให้คำตอบเกี่ยวกับความต้องการทางสังคมมากกว่า ในขณะที่การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จะมีอัตราการปฏิเสธการตอบคำถามและได้ข้อมูลที่ผิดพลาดสูงกว่า โดยเฉพาะถ้าใช้คำถามปลายเปิด (open ended questions)

เพื่อแก้ไขปัญหาด้านการติดตามผลการฟื้นฟู และเพื่อให้สามารถประเมินผลความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลับมารับการรักษาพยาบาลได้ จึงมีการจัดทำแบบประเมิน ความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยขึ้น และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและหรือผู้ป่วยทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ จะใช้วิธีการส่งแบบประเมินให้ตอบและส่งกลับทางไปรษณีย์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการทำงานของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

2. เพื่อหาคุณภาพของแบบประเมินความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

วัสดุและวิธีการ

ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน (community dwellers) ทุกรายที่สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ และมารับการฟื้นฟูสภาพที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2546 ถึงเดือนมกราคม 2547 จำนวนทั้งสิ้น 30 คน โดยนำแบบประเมินที่ปรับปรุงมาจาก Barthel Index ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน[8] ข้อ คือ การลุกนั่ง, การกินอาหาร, แปรงฟัน ล้างหน้า หวีผม, แต่งตัว, การกลั้นอุจจาระปัสสาวะ, การเดิน, การขึ้นลงบันได, การทำความสะอาดร่างกาย แต่ละหัวข้อมีระดับการประเมิน 3 ระดับ

การปรับปรุงได้เพิ่มเนื้อหาโดยจัดแบ่งเป็น 3 หัวข้อใหญ่ คือ 1. ระดับการศึกษาของผู้ดูแล 2. การทำงานของแขน มือ ขา เท้า ข้างที่เป็นอัมพาตอัมพฤกษ์ และ 3. การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน ในหัวข้อที่ 3 นี้ได้เพิ่มเติมเนื้อหาจากของ Barthel Index อีก 4 ข้อคือ การนั่งเองได้นานเกิน 5 นาที, การทำงานบ้าน, ไปหาเพื่อนบ้าน และการไปตลาดหรือร่วมงานต่าง ๆ ระดับการประเมินในหัวข้อใหญ่ที่ 2 และ 3 แต่ละข้อจะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก)

เมื่อปรับปรุงแบบประเมินแล้วเสร็จ จึงนำไปทดสอบโดยให้ผู้ดูแลคนไข้ตอบแบบประเมินโดยไม่มีการอธิบายใด ๆ ทั้งนี้เพื่อทดสอบความเข้าใจภาษาที่ใช้ในแบบประเมิน ต่อจากนั้นนำแบบประเมินส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประเมินความเที่ยงตรง

วิธีการประเมินให้ผู้ดูแลและหรือผู้ป่วยตอบแบบสอบถามก่อนหนึ่งครั้ง โดยไม่มีการอธิบายใด ๆ แก่ผู้ตอบแบบสอบถาม สำหรับผู้ที่ไม่รู้หนังสือจะอ่านให้ฟังโดยไม่มีการอธิบายเช่นเดียวกัน จากนั้นแพทย์ประเมินด้านการควบคุมการขับถ่าย นักกายภาพบำบัด 2 คน ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อขาและประเมินด้านการเคลื่อนไหว ส่วนนักกิจกรรมบำบัด 2 คน ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อแขน ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองและการเข้าสังคมโดยอิสระ จากนั้น 3-5 วัน จะโทรศัพท์ติดต่อผู้ดูแลให้ตอบแบบสอบถามอีกครั้ง สาเหตุที่ต้องใช้เวลาในช่วงนี้เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่นานพอที่ผู้ตอบจะลืมคำตอบที่ได้ตอบไว้ก่อนหน้านี้ และเป็นระยะเวลาสั้นพอที่อาการของผู้ป่วยจะไม่มีการเปลี่ยนแปลง

การวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการทางสถิติกระทำกับข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป รายงานเป็นค่าร้อยละ
2. การหาคุณภาพของเครื่องมือ
   2.1 ความเที่ยงตรง (VALIDITY)
      2.1.1 ค่าความเที่ยงตรงตาม

เนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC

2.1.2 ค่าความเที่ยงตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r_{xy})

2.2 ความเชื่อมั่น (RELIABILITY) โดยการหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน 2 คน (Reliability of Rater) ประมาณค่าจากค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r_{xy})

การแปลผลใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ p<.01

ผลการศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องในการรักษาและฟื้นฟู มีผู้ประเมินแบบประเมินความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ประเมินแบบประเมิน

ผู้ประเมิน	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ (%)
ผู้ดูแล*	60	28.57
แพทย์	30	14.29
นักกายภาพบำบัด	0	28.57
นักกิจกรรมบำบัด	60	28.57
รวม	**210**	**100.00**

* ในส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จำนวน 30 คน มี 3 คนที่ไม่รู้หนังสือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความสามารถในการทำงานของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ความเที่ยงตรง (Validity) การหาความเที่ยงตรง ผู้วิจัยได้ศึกษา 2 แบบ คือ ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และ ความเที่ยงตรงตามสภาพ ดังตาราง 2 และ ตาราง 3

ตาราง 2 แสดงค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบประเมินความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

รายการ	ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)
รายการ การประเมินตามสภาพผู้ป่วย	0.62 - 1.00
พฤติกรรมการปฏิบัติกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์	0.78 - 1.00
การกำหนดน้ำหนักคะแนนรายข้อ	0.84 - 1.00

จากตาราง 2 พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องซึ่งเป็นผลจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ มีค่ามากกว่า 0.50 ในทุกรายการ โดย การกำหนดน้ำหนักคะแนนรายข้อ มีค่า IOC สูงที่สุด คือ 0.84 - 1.00 และการประเมินตามสภาพผู้ป่วย มีค่า IOC ต่ำที่สุด คือ 0.62 - 1.00

ตาราง 3 แสดงค่าความเที่ยงตรงตามสภาพของแบบประเมินความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รายการ	n		r_{xy}
1. การทำงานของข้างอัมพาต/อัมพฤกษ์	**120**		**0.75****
แขน - มือ		0.78**	
ขา - เท้า		0.73**	
2. การช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน	**120**		**0.78****
ลุกนั่ง		0.75**	
นั่งเองนานเกิน 5 นาที		0.73**	
กินอาหาร		0.74**	
แปรงฟันล้างหน้า หวีผม		0.70**	
แต่งตัว		0.71**	
กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะ		0.72**	
อาบน้ำ เช็ดล้างหลังขับถ่าย		0.73**	
เดิน		0.70**	
ขึ้นลงบันได		0.74**	
ทำงานบ้าน		0.71**	
ไปหาเพื่อนบ้าน		0.70**	
ไปตลาด ร่วมงานต่างๆ		0.78**	

**p < .01

จากตาราง 3 พบว่า แบบประเมินความสามารถในการทำงานของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตั้งแต่ 0.70 ถึง 0.78 การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันมีความเที่ยงตรงตามสภาพสูงที่สุด และเมื่อพิจารณารายการย่อย พบว่า การไปตลาดร่วมงานต่างๆ มีความเที่ยงตรงตามสภาพสูงที่สุด และการเดิน มีความเที่ยงตรงตามสภาพต่ำที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.78 และ 0.70 ตามลำดับ

ความเชื่อมั่น (Reliability) การหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินความสามารถในการทำงานของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน 2 กลุ่ม ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน 2 กลุ่ม ของแบบประเมินความสามารถในการ ทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

รายการ	n		r_{xy}
ผู้ดูแล - แพทย์	90		0.74**
กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะ		0.74**	
ผู้ดูแล - นักกายภาพบำบัด	120		0.85**
ขา - เท้า		0.87**	
ลุกนั่ง		0.85**	
นั่งเองนานเกิน 5 นาที		0.83**	
เดิน		0.81**	
ขึ้นลงบันได		0.88**	
ผู้ดูแล - นักกิจกรรมบำบัด	120		0.88**
กินอาหาร		0.86**	
แปรงฟันล้างหน้า หวีผม		0.87**	
แต่งตัว		0.89**	
อาบน้ำ เช็ดล้างหลังขับถ่าย		0.87**	
ทำงานบ้าน		0.89**	
ไปหาเพื่อนบ้าน		0.87**	
ไปตลาด ร่วมงานต่างๆ		0.89**	

**p < .01

จากตาราง 4 พบว่าแบบประเมินความสามารถในการทำงานของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.74 - 0.88 การประเมินระหว่างผู้ดูแลกับ นักกิจกรรมบำบัดมีค่าความเชื่อมั่นสูงที่สุด และเมื่อพิจารณารายการย่อยพบว่าการไปตลาดหรือ ร่วมงานต่างๆ, การทำงานบ้าน และการแต่งตัว มีค่าความเชื่อมั่น สูงที่สุด และการกลั้นอุจจาระและปัสสาวะ มีความค่าเชื่อมั่นต่ำที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.89 และ 0.74 ตามลำดับ

บทวิจารณ์

จากการวิจัยดังกล่าว พบว่าแบบการประเมินความสามารถในการทำงาน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มีคุณภาพทั้งความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

ความเที่ยงตรง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านประเมินแบบประเมินความสามารถในการทำงาน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.62 - 1.00 ซึ่งสอดคล้องกับอุทุมพร จามรมาน (2532)[10] ซึ่งได้เสนอวิธีการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ ควรให้ผู้ทรงคุณวุฒิในด้านนั้นๆ พิจารณาความสอดคล้องและค่าดัชนีความสอดคล้อง ควรมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป สำหรับความเที่ยงตรงตามสภาพของแบบการประเมิน ความสามารถในการทำงาน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ได้จากแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น จากแบบประเมิน ของ Barthel index ได้ค่าระหว่าง 0.70 ถึง 0.78 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในระดับสูง

ความเชื่อมั่นของแบบการประเมินความสามารถในการทำงาน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ระหว่างผู้ประเมิน 2 กลุ่ม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ค่าระหว่าง0.74 ถึง 0.88 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Mahoney และคณะ[11] โดยใช้ Barthel Index ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ทางโทรศัพท์พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง ผู้ประเมินเท่ากับ 0.99 และจากการศึกษาของ Nicol และคณะ[12] ได้นำ Barthel Index มาใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคต่างๆ ที่ผ่านการฟื้นฟู พบว่า ระหว่างการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้ามีค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.89 Kenneth และคณะ[13] ใช้ FIMS มาประเมินสภาพผู้สูงอายุพบว่า ระหว่างผู้ประเมิน 2 คน และในผู้ประเมินแต่ละคน มีความสัมพันธ์กันสูง (between and within raters) แต่ผู้ประเมินต้องมีประสบการณ์การทำงานด้านนี้นานกว่า 10 ปี และได้รับการฝึกฝนการใช้แบบประเมินเป็นอย่างดี

จากการศึกษาในครั้งนี้ถือได้ว่าเป็นการศึกษาเบื้องต้น ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจาก

การศึกษาในครั้งนี้คือ โรงพยาบาลสุรินทร์มีแบบการประเมินความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นสภาพจากความพิการได้เร็วขึ้น จากการที่ทีมบำบัดฟื้นฟูได้รับข้อมูลที่เป็นจริงและตรงกับสภาพของผู้ป่วยมากที่สุด แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งต่อไป ควรที่จะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น และแบบสอบถามควรเพิ่มเนื้อหาที่ช่วยพัฒนาศักยภาพของตัวผู้ป่วยเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวอันจะยังประโยชน์ต่อผู้ป่วย และได้ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่ประสบกับปัญหาอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ จะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และต้องการการส่งเสริมการรักษาเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นการติดตามผลการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง แบบประเมินความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) นี้จะช่วยให้คุณภาพในการดูแลรักษาฟื้นฟูเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประสิทธิผลมากขึ้น ด้วยเหตุนี้การพัฒนาแบบประเมินฯจึงมีความจำเป็น

การวิจัยนี้ สรุปได้ว่า สามารถพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มีรูปแบบเหมาะสม มีข้อรายการประเมินติดตามตรงตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง ระดับการให้คะแนนชัดเจน สะดวกในการนำไปใช้ มีความชัดเจนของภาษาทำให้อ่าน เข้าใจง่าย จึงสะดวกในการนำไปใช้ ในส่วนคุณภาพของแบบประเมินนั้นมีความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) สูง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ปราโมทย์ สุจินพรัหม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ พท.นพ.ภัทราวุธ อินทรกำแหง อาจารย์สมคิด รุ่งเรือง และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Doyle, Patrick J., Measuring Health Outcome in Stroke Survivors Ach Phys Med Rehabil 2002 ; suppl : 39-43.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. นิพนธ์ พวงวรินทร์. โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2534.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
5. Aneshensel CS, Frerichs RR, Clark VA, Yokopenic PA. Telephone versus in-person surveys of community health

status. Am J Public Health 1982 ; 72 : 1017-21.

6. Siemiatycki J. A comparison of mail, telephone , and home interview strategies for household health surveys. Am J Public Health 1979 ; 69 : 238-45.
7. Henson R, Cannell CF, Roth A. Effects of interview mode on reporting of moods, symptoms and need for social approval. J Soc Psychol 1978 ; 105 : 123-9.
8. Miller PV. Alternative question forms for attitude scale questions in telephone interviews. Public Opin O 1984 ; 48 : 766-78.
9. De Leeuw ED, Van der Zouwen J. Data quality in telephone and face to face surveys : A comparative meta-analysis. In : Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls WL II, etal, editors. Telephone survey methodology. New York : Wiley, 1998.
10. อุทุมพร จามรมาน.การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดลักษณะผู้เรียน. กรุงเทพมหานคร : ฟันนี่พับลิชชิ่ง, 2532.
11. Mohoney FT, Barthel DW. Functional evaluation : the Barthel Index. Md Med J 1965 ; 14 : 61-65.
12. Korner-Bitensky N, Wood-Dauphinee S, Siemiatyki J. Health related information postdischarge : telephone versus face to face interviewing. Arch Phys Med Rehabil 1994 ; 75 : 1287-96.
13. Ottenbacher KJ, Mann WC, Granger CV. Inter - rater agreement and stability of functional assessment in the community - based elderly. Arch Phys Med Rehabil 1994 ; 75 : 1297 -1301.

ภาคผนวก

แบบประเมินความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย Stroke โรงพยาบาลสุรินทร์

กรุณาตอบคำถามทุกข้อโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. ระดับการศึกษาของผู้ดูแล

☐ ไม่รู้หนังสือ ☐ อ่านออกเขียนได้ ☐ มัธยมศึกษา

☐ อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

2. การทำงานของแขน มือ ขา เท้า ข้างที่เป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ (ในท่านั่งห้อยขา)

2.1 แขน ☐ ยกเองไม่ได้ ☐ พอยกขึ้นได้บ้าง ☐ ยกได้สุดต้นแขนแนบหู

2.2 มือ ☐ กำไม่ได้ ☐ พอกำได้ ☐ กำได้แน่น

2.3 ขา ☐ ยกเองไม่ได้ ☐ พอยกได้บ้าง ☐ ยกได้จนตั้งฉากหรือมากกว่า

2.4 เท้า ☐ ขยับเองไม่ได้ ☐ พอกระดกได้บ้าง ☐ กระดกได้จนปลายเท้าตั้งฉากกับพื้น

3. การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน

	ทำได้เอง	**ทำได้แต่ต้องมีคนช่วย**	**ทำไม่ได้เลย**
3.1 ลุกนั่ง	☐	☐	☐
3.2 นั่งเองได้นานเกิน 5 นาที	☐	☐	☐
3.3 กินอาหาร	☐	☐	☐
3.4 แปรงฟัน, ล้างหน้า, หวีผม	☐	☐	☐
3.5 แต่งตัว	☐	☐	☐
3.6 กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะ	☐	☐	☐
	(กลั้นได้เอง)	(กลั้นได้บ้างไม่ได้บ้าง)	(กลั้นไม่ได้เลย)
3.7 การทำความสะอาดร่างกาย (อาบน้ำ เช็ดล้างหลังขับถ่าย)	☐	☐	☐
3.8 เดิน	☐	☐	☐
3.9 ขึ้นลงบันได	☐	☐	☐
3.10 ทำงานบ้าน	☐	☐	☐
3.11 ไปหาเพื่อนบ้าน	☐	☐	☐
3.12 ไปตลาด หรือร่วมงานต่างๆ	☐	☐	☐